【様式

病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修甲込書

※　受講希望会場を○で選択してください

受講会場：看護研修センター　北部病院　宮古病院　八重山病院　久米島病院

（ふりがな）			
氏　名			
生年月日 （和暦）	年　　月　　日	年齢	歳
職種 （該当するものに○をつけてください）	医師・歯科医師・保健師・助産師・看護師・薬剤師・放射線技師・栄養士 臨床検査技師・理学療法士・作業療法士・心理士・歯科衛生士・介護士・事務職 その他（　　）		
医師会入会の有無	□沖縄県医師会 □沖縄県外の日医会員　医籍登録番号（　　） □沖縄県医師会非会員　医籍登録番号（　　）		
看護協会入会の有無	□沖縄県看護協会　会員番号（　　） □非会員		
医療機関名	施設名 （　　）	現在の職位 （　　）	
勤務先住所	〒		
勤務先電話番号			
メールアドレス			
免許取得後の実務経験年数		合計【　　】年	
認知症の者及びその家族等の受診の利便性に資するため沖縄県が研修修了者のリスト等を作成し、地域包括支援センターへの配布や沖縄県のホームページに掲載することに関して、該当するものに☑ して下さい。		□　同意する □　同意しない	

個人情報の取り扱い：本研修申込で得た個人情報は、研修に伴う書類作成、発送に用い
この利用目的範囲を超えて個人情報を扱うことはありません。